

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908 — N° 91

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
Névralgie Faciale

Résultats éloignés, d'après la statistique de M. le Professeur Jaboulay, de 1896 à 1908

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Février 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix GAUD

Né à Pont-de-Vaux (Ain), le 28 Décembre 1877



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

1908

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

NÉVRALGIE FACIALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908 — N° 91

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
Névralgie Faciale

Résultats éloignés, d'après la statistique de M. le Professeur Jaboulay, de 1896 à 1908

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

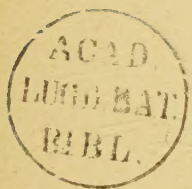
Et soutenue publiquement le 18 Février 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix GAUD

Né à Pont-de-Vaux (Ain), le 28 Décembre 1877



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, rue Stella, 3

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.
LORTET. DOYEN HONORAIRE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON A.
Parasitologie	GUIART.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, cours complémentaire	LANNOIS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agréé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	PATEL.	LAROYENNE.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	Et. MARTIN.	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ;

M. LANNOIS, Assesseur ; MM. CAVAILLON et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

INTRODUCTION

Depuis l'année 1896, date de son entrée à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Jaboulay a eu l'occasion d'intervenir, pour névralgie faciale rebelle, chez environ soixante malades.

Nous avons cherché à retrouver ces opérés, à connaître les résultats obtenus chez eux, à rétablir pour chacun, autant que possible, une observation complète.

Malgré la difficulté de revoir à longue échéance des malades d'hôpital, nous avons pu réunir ainsi 38 cas. La plupart d'entre eux concernent des sujets retrouvés et examinés par nous en décembre et janvier dernier. D'autres, morts ou perdus de vue actuellement, avaient été suivis pendant une durée variable après leur sortie du service.

Telles qu'elles sont, ces trente-huit observations constituent de précieux matériaux d'étude, tant par la diversité des opérations pratiquées que par l'ancienneté de beaucoup de résultats. Ce dernier point surtout est à noter car en matière de névralgie faciale, nous le verrons, il convient d'attendre pour juger la valeur d'une méthode opératoire : à une guérison immédiate et complète succède une récurrence fréquente ; d'autres fois l'amélioration est lente et graduelle.

Nous avons cru le moment venu de jeter sur ces cas réunis depuis douze ans un coup d'œil d'ensemble, pour comparer entre eux les divers traitements chirurgicaux employés, étudier les bénéfices que chacun procure, les risques où les difficultés qu'il entraîne. Nous tâcherons ainsi d'établir la légitimité de l'intervention chirurgicale comme traitement de la névralgie grave du trijumeau, et nous essayerons de déterminer quelle méthode paraît la meilleure.

Nous nous plaçons donc à un point de vue purement thérapeutique, et nous écartons volontairement tout ce qui concerne les symptômes, le diagnostic, l'étiologie de la névralgie de la cinquième paire, pour n'envisager que les résultats fournis par la chirurgie dans des cas anciens et rebelles où l'intervention constituait l'ultime ressource.

Mais avant d'aborder cette étude, nous voulons remercier Monsieur le professeur Jaboulay, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

M. le Dr Cavaillon, professeur agrégé, nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a aidé de ses conseils éclairés. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Les Opérations pratiquées

On peut classer en quatre groupes les diverses interventions employées contre la névralgie faciale par M. Jaboulay. Ce sont :

- 1° Des opérations sur les branches terminales du trijumeau.
- 2° Sur sa portion intra-crânienne.
- 3° Sur le sympathique cervical.
- 4° Diverses interventions accessoires.

— Dans le premier groupe figurent surtout les arrachements des branches périphériques, du sus-orbitaire à sa sortie de l'orbite, du sous-orbitaire et du mentonnier aux points où ils émergent chacun de leur canal osseux. Ces deux derniers nerfs, abordés au début par une incision cutanée, le sont toujours maintenant par la bouche, à travers la muqueuse. Ce procédé auquel M. Jaboulay s'est arrêté depuis quelques années joint à l'avantage d'être facile et rapide celui non moins grand de supprimer toute cicatrice extérieure. Dans quelques cas, il y a eu simple section des branches. Le sous-orbitaire a subi une fois l'élongation, une autre fois la résec-

tion d'un fragment de son tronc, après mise à découvert du nerf dans son canal par ablation d'un fragment osseux du plancher de l'orbite.

Une fois c'est l'auriculo-temporal qui a été arraché, par une incision en avant du conduit auditif.

Voici comment procède aujourd'hui d'une façon systématique M. Jaboulay pour tous ces arrachements : le tronc nerveux est soigneusement découvert, bien isolé et dénudé sur une longueur suffisante. Il est ensuite saisi par deux pinces spéciales, à mors courts et forts, et sectionné entre elles. Puis, par une torsion lente et graduée, chacun des deux bouts du nerf est enroulé sur la pince correspondante. On arrive de cette manière à obtenir un fragment central d'une grande longueur, 8 à 12 centimètres souvent, et un fragment périphérique également considérable, sous forme quelquefois d'un chevelu épais. La régénération du nerf se trouve retardée au maximum, mais les nombreuses opérations itératives qui ont conduit à l'arrachement de fibres nerveuses nouvelles permettent de penser qu'elle se produit toujours.

Dans d'autres cas, c'est plus haut qu'ont été abordées les branches du trijumeau : le dentaire inférieur a été soit sectionné, soit arraché par une incision buccale faite au niveau de l'épine de Spix. On y a joint une fois l'arrachement du lingual.

Chez un autre sujet, arrachement du nerf maxillaire inférieur, par voie zygomatique. Nous notons encore la section des nerfs dentaires postérieurs, abordés par la même voie.

Enfin, chez un sujet accidentellement privé de l'œil

correspondant, le ganglion de Meckel a été atteint et enlevé par l'orbite, après ouverture des parois supérieure et postérieure du sinus maxillaire.

— Les opérations sur le trijumeau intra-crânien comprennent trois tentatives de Gasserectomie. Une fois seulement le ganglion de Gasser a été réséqué complètement, et nettement séparé du tronc du trijumeau et de ses trois branches efférentes.

Dans un second cas, il y eut seulement ablation d'une partie du Gasser, portant les origines des nerfs maxillaire supérieur et inférieur.

Enfin dans un troisième cas, le seul qui ait donné une survie, la résection n'avait porté que sur la portion initiale du nerf maxillaire inférieur.

Pour ces trois interventions, c'est la voie temporo-zygomatique qui avait été suivie.

— Dix-neuf fois, la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical a été pratiquée.

— Enfin quelques interventions diverses, constituant un dernier groupe, ont été faites : résection partielle de la muqueuse ou du rebord gingival, injection d'eau stérilisée dans le tronc du sous-orbitaire, injection d'air stérilisé dans le tissu cellulaire de la joue, injection d'une solution de quinine ou de cocaïne sur le trajet du nerf (1).

(1) L'observation de ce dernier cas n'a pas été retrouvée.

CHAPITRE II

Classement des cas et tableaux des résultats

Toutes ces interventions si différentes ont été employées chez nos trente-huit malades. Mais si quelques opérés n'en ont subi qu'une seule, chez le plus grand nombre elles se succèdent de récidive en récidive, ou même sont associées parfois, de façon très diverse. Aussi éprouvons-nous quelque difficulté à présenter nos observations dans un ordre logique.

Voici comment nous les avons classées :

I. 16 opérés n'ayant subi que des arrachements périphériques.

II. 9 cas d'arrachements suivis de sympathicectomie.

III. 2 autres suivis de Gasserectomie.

IV. 4 sympathicectomies isolées.

V. 6 cas d'opérations contemporaines complexes.

En suivant cet ordre, nous donnons maintenant sous forme de tableaux le résumé de nos observations, résumé réduit pour chaque cas à la date de l'intervention, à sa nature et à l'indication abrégée du résultat (1) obtenu :

(1) Dans ces tableaux, G signifie guérison, A amélioration, R récidive.

A. — ARRACHEMENTS

A. — Arrachements simples

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
I	Alexandrine R. 34 ans	Février 1901	Arr. du mentonnier.	G. complète au bout d'un an seulement, maintenue depuis.
II	Louise-Camille J.	Mai 1906	Arr. du dentaire inférieur.	Pas de résultat.
III	Pascal B. 61 ans	Novembre 1897	Arr. du sous-orbit.	A. courte. Puis R. atténuée. Mort en 1901.
IV	Augustin G. 42 ans	Novembre 1897	Section du dent. infér. au niv. de l'épine de Spix.	G. pendant 2 mois, puis R. qui augmente jusqu'en 1904. Depuis, A. graduelle, presque totale aujourd'hui.
V	Elisa R. 47 ans	Juillet 1901	Arr. du sus. et du sous-orbitaire.	G. pendant 3 ans. Depuis, R. avec atténuation et espacement des crises.
VI	Louis G. 39 ans	Août 1901	Arr. du sous-orbit. et du mentonnier.	G. depuis, sauf petite R. au bout de 6 mois, disparue spontanément.
VII	Benoît D. 85 ans	Août 1901	Arr. des 3 branches.	G. pendant 3 ans. Depuis, R. atténuée.
VIII	Irénée-Laurent M. 53 ans	Juin 1905	Arr. des 3 branches.	G. pendant 19 mois. Puis R. avec atténuation et espacement des crises.
IX	Léon G. 64 ans	Mai 1903	Arr. des 3 branches.	G. pendant 2 ans. Depuis, R. atténuée (crises espacées, supportables).

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
X	Louis J.	Juillet 1905	Arr. des 3 branches.	G. pendant 6 mois. Depuis, R. totale.
XI	Rémy C. 61 ans	Juillet 1901 Octobre 1902	Arr. du sous-orbitaire. Opération non précisée.	G. temporaire (un an environ). Malade non revu.
XII	Jeanne G. 61 ans	Juillet 1901 Février 1903	Op. sur le nerf maxillaire sup. (probable section). Section des nerfs sous-orbitaire et mentonnier.	G. (au bout de 2 m. 1/2) pendant 1 an. Malade non revue.
XIII	Guillaume G. 59 ans	Août 1905 Janvier 1908	Arr. des 3 branches. Arr. du sous-orbit.	G. pendant 22 mois. Puis R. un peu atténuée. Sort guéri.
XIV	Pauline M. 59 ans	Janvier 1897 Mai 1898	Arr. des 3 branches. Arr. des 3 branches.	G. pendant 6 mois. Malade non revue.
XV	Marianne Ch. 76 ans	1899 1901 1904	Section du sus et du sous-orbitaire. Réincision des cicatrices. Section du dentaire inf. Réincision des cicatrices.	G. temporaire. id. id.
XVI	Henri P. 61 ans	Septembre 1902 Septembre 1903 Juillet 1904	Arr. du sus et du sous-orbitaire. Arr. du sous-orbit. Arr. du sous-orbit. Section des nerfs dentaires post. par voie zygomatique.	G. pendant 1 an. G. pendant qq. mois. G. pendant 2 ans et 3 mois. Puis R. totale pendant 2 mois. Depuis, A.

B. — Arrachements, puis Sympathicectomie

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
XVII	Louis L. 32 ans	-- Novembre 1907 Janvier 1908	Opérations antérieures non précisées. Sympathicectomie à D. Sympathicectomie à G.	G. de la névralgie D. G. de la névralgie G.
XVIII	Claude P. 59 ans	1896 Avril 1900	Elongation du sous-orbitaire. Sympathicectomie.	G. 13 mois, puis R. totale. G. pendant 3 mois, puis R. Mort en octobre 1900.
XIX	Marie G., femme M. 73 ans	Juillet 1898 Avril 1902 Juillet 1906	Arr. du sus et du sous-orbitaire. Arr. du sus et sous-orbit. Réincision des anc. cicatr., puis sympathicectomie.	G. pendant 3 ans 1/2. G. pendant 3 ans. A. lente restée incomplète.
XX	Antoine O. 73 ans	Novembre 1892 Juillet 1893 Février 1894 Juin 1896 Mai 1900	Section du sous-orb. Tentative de gasserectomie (interr. p. incident opérat.) Résection du rebord alvéolaire du max. sup. Gasserectomie (incomplète — la résection porte seulement sur le nerf maxil. infér.) Sympathicectomie.	G. pendant 5 mois. G. pendant 3 mois. Pas de résultat. Grande A. pendant 3 ans. G. presque totale pendant 4 ans. Depuis R.
XXI	Joseph J. 54 ans	Janvier 1906 Septembre 1906	Arr. des 3 branches. Réincision des cicatr. Arr. de l'auricul. t. Sympathicectomie.	G. pendant 7 mois. G. pendant 1 an. Depuis, R. atténuée.

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
XXII	Jeanne V., femme R. 57 ans	1900 Juin 1901	Résect. du sous-orb. Réincision de la cicatrice. Sympathicectomie.	G. pendant 6 mois. Pas de résultat. A. depuis, sauf une R. passagère.
XXIII	Jean A. 43 ans	Avril 1897 Juin 1899 Octobre 1899	Arr. du sus-orbit., du sous-orbit. et résect. du G. de Meckel. Réincision des cicatr. Sympathicectomie.	G. pendant 3 mois. Pas de résultat. A. qui persistait au bout de 8 mois. Non revu ensuite
XXIV	Adrien V. 55 ans	Novembre 1905 Janvier 1907	Arr. du mentonnier. Arr. du mentonnier, du sous-orbitaire. Sympathicectomie.	G. pendant 4 mois. A. pendant 6 semaines, puis R. totale. Mort en mars 1907.
XXV	Jean-Baptiste M. 37 ans	Juin 1907 30 Janvier 1908	Arr. des 3 branches. Sympathicectomie.	G. pendant 6 mois.

C. — Arrachements, puis Gasserectomie

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'observation	Résultats
XXVI	Etienne R. 69 ans	1894 Novembre 1895	Résection du n. maxil. supér. Gasserectomie.	Pas de résultat. Mort 24 h. après.
XXVII	Claude T. 69 ans	Juin 1896 Juillet 1896	Résect. du sous-orbit. Gasserectomie.	A. partielle. Mort 3 jours après.

B. — SYMPATHICECTOMIE

A. — Sympathicectomie isolée

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
XXVIII	Claude B. 68 ans	Février 1899	Sympathicectomie.	G. progressive (en 2 mois), maintenue 2 ans. Depuis, R. avec grande atténuation et espacement des crises.
XXIX	Françoise B., femme G. 56 ans	Octobre 1905	Sympathicectomie.	G. progressive (en 6 mois) maintenue à peu près depuis.
XXX	Pierre P. 63 ans	Octobre 1900	Sympathicectomie.	G. progressive (en 2 mois) maintenue jusqu'à la mort du sujet, 17 mois apr.
XXXI	Etienne A. 47 ans	, Mai 1901	Sympathicectomie.	Pas d'A. depuis.

B. — Sympathicectomie, puis arrachement

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'intervention	Résultats
XXXII	Jean P 77 ans	1880 et 1881	Section des nerfs sus et sous-orbitaires.	A. temporaire.
		Novembre 1899	Sympathicectomie.	A. temporaire.
		Juillet 1901	Arr. du sus et du sous-orbitaire. Arr. du nerf maxil. inf. par la voie zygomatique.	Sort guéri. Non retrouvé depuis.

C. — OPÉRATIONS COMPLEXES CONTEMPORAINES

N° de l'obs.	Noms et âge actuel	Dates	Nature de l'observation	Résultats
XXXIII	Jean-Baptiste B. 71 ans	Août 1899	Résection du sous-orbit. Faradisation puis résection du sympathique.	G. rapide (totale en 9 jours), qui persiste 10 mois après. Non retrouvé depuis.
XXXIV	Marie R. 59 ans	Mai 1900	Faradisation puis résection du sympathique.	G. incomplète.
		Juin 1900	Arr. du mentonnier. Abrasion de la muqueuse gingivale.	Grande A. pendant 2 ans. Depuis, R. atténuée.
XXXV	Marie-Clémence G. 64 ans	Mars 1900	Arr. des 3 branches. Sympathicectomie.	A. pendant 4 ans. R. en 1905. Depuis atténuation et espacement des crises.
XXXVI	Ann.-François M. 58 ans	Novembre 1896	Dénudation du sous-orbit. et inject. interstit. d'eau bouillie. Arrach. du dent. infér. et du lingual.	G. pendant 17 mois. Depuis, R. presque totale.
XXXVII	Florentine P. 73 ans	Juillet 1901	Abrasion de la muqueuse gingivale.	Soulagement partiel.
		Novembre 1901	Arr. du sous-orb. et du mentonnier.	Non revue depuis.
XXXVIII	Joseph S. 67 ans	Juillet 1906	Arr. du sous-orbi. et du mentonnier. Sympathicectomie.	G. complète, sauf R. légère au bout de 1 an.

CHAPITRE III

Comparaison des résultats donnés par les diverses méthodes

Une remarque capitale s'impose tout d'abord, à la lecture des tableaux qui précèdent : celle de l'efficacité incontestable du traitement chirurgical appliqué à la névralgie faciale, malgré la grande bénignité de la plupart des interventions. Sans doute la récurrence est presque constante; mais n'est-ce pas beaucoup déjà que de pouvoir, par des opérations successives, assurer des périodes d'accalmie souvent longues, quelquefois même des guérisons définitives, de rendre en tout cas l'existence supportable à des malades dont la vie n'était plus qu'un perpétuel martyre.

Trousseau disait n'avoir jamais vu guérir la névralgie épileptiforme. Tous nos sujets avaient pu vérifier, par une cruelle expérience, la justesse de l'opinion du grand clinicien. Tous avaient essayé en vain les médicaments les plus divers : aconitine, quinine, antipyrine, bromure, etc.

L'opium est le seul, Trousseau l'avait déjà reconnu, qui soit capable d'apporter quelque soulagement à ces malheureux.

Mais si l'on songe que l'accoutumance et l'intoxication chronique sont inévitables, on conviendra que

son emploi est une arme dangereuse, et qu'il vaut mieux réserver cette ultime ressource pour les cas exceptionnels où la chirurgie elle-même n'obtient rien.

Chez des malades qui souvent songent au suicide et envisagent la mort comme un soulagement désirable, l'intervention est donc légitime. Ne leur apporterait-elle qu'un instant d'espérance, elle serait déjà bienfaisante.

Nous allons voir qu'elle peut beaucoup plus.

Les opérations que nous avons appelées accessoires, abrasion de muqueuse, injection d'air ou d'eau, ont été pratiquées dans très peu de cas :

L'abrasion gingivale s'est montrée inefficace dans l'Observation xx. Elle a donné ailleurs un soulagement partiel (Obs. xxxvii). Dans l'Observation xxxiv, elle a été faite en même temps que l'arrachement du mentonnier. Il est donc difficile de déterminer la part qui lui revient dans l'amélioration consécutive, laquelle se maintient depuis sept ans.

L'injection d'eau bouillie dans le tronc du sous-orbitaire, faite une seule fois (Obs. xxxvi) sans résultat immédiat, et suivie peu de jours après de l'arrachement du dentaire inférieur et du lingual, est également difficile à juger. Il y eut à la suite guérison pendant dix-sept mois, puis récurrence presque totale.

L'injection d'air a été appliquée (Obs. xxii) sans effet bien précisé, au cours d'une période de récurrence après sympathectomie. Nous n'osons donc rien dire de cette méthode dont le principe appartient à un Lyonnais, le docteur Cordier ; son application à d'autres névralgies a fourni des résultats incontestables.

Les interventions sur les branches périphériques du trijumeau occupent la plus grande place dans notre statistique.

Une élongation du sous-orbitaire a donné une guérison de 13 mois (Obs. xviii).

Les nombreux arrachements des branches terminales ont déterminé des guérisons temporaires dans presque tous les cas ; la durée en a varié entre deux mois et trois ans et demi, avec une moyenne d'environ seize mois. Il faut remarquer, au point de vue de cette durée, la supériorité de l'arrachement sur la section simple, et surtout la valeur des arrachements très complets obtenus par la technique précédemment indiquée.

M. Jaboulay y a recours systématiquement depuis quelques années.

Ces arrachements agissent d'une façon qu'il importe de souligner. Nous avons déjà dit que la guérison temporaire était à peu près la règle (sauf les cas des Obs. II et xxvi). Elle est d'habitude immédiate (à part quelques vives lancées douloureuses dans les heures qui suivent l'anesthésie), et ce soulagement complet qui succède à l'intervention satisfait grandement les opérés. Pourtant elle n'est survenue qu'au bout de deux mois et demi dans l'Observation xii, et de deux semaines dans l'Observation xxi. Chez ce dernier malade, les souffrances furent même extrêmement violentes et nécessitèrent l'emploi de la morphine.

Une fois, la guérison a été définitive (Obs. i) ; elle se maintient depuis sept ans. Chez cette femme, il s'agissait de névralgie limitée à une seule branche. D'autre part la guérison n'a été complète qu'au bout d'une année.

Mais le plus souvent, après un temps variable, seize mois en moyenne, survient la récurrence. Elle est dans certains cas lente et graduelle, d'autres fois brusque et d'emblée intense. Elle n'est pas parallèle à la régénération nerveuse et ne coïncide pas avec le retour de la sensibilité dans la région éternée ; ce retour, du reste, n'est jamais très complet, et à l'anesthésie totale du début succède une hypœsthésie particulière.

Les malades qui reviennent pour une récurrence ont un aspect bien spécial. La partie malade de la face est le siège d'un œdème chronique, peu ou pas sensible à la piquûre ; il y a de l'hyperesthésie au froid, et souvent un certain degré de sensibilité douloureuse. Les contacts sont perçus par le sujet, mais d'une façon vague et probablement indirecte. Il exprime cette sensation d'une façon imagée en disant que la région malade lui semble en carton.

La récurrence est parfois totale et permanente. Plus souvent elle est encore définitive, mais avec atténuation et espacement des crises tels que la vie est redevenue très supportable. D'autres fois enfin, chose remarquable, il s'agit d'une récurrence passagère, de durée variable, qui disparaît ensuite spontanément pour faire place à une guérison ou à une amélioration définitive (Obs. iv, vi, xvi).

Les interventions sur le trijumeau intracrânien sont, avant tout, des manœuvres graves. Notre statistique compte deux morts opératoires sur trois cas, ce qui est énorme. A la difficulté et à la longueur des temps opératoires se joint habituellement, comme circonstance

défavorable, l'âge relativement avancé du patient.

La série de Krause, la meilleure, indique pour la Gasserectomie une mortalité de 25 o/o. On a pu dire avec juste raison que c'était actuellement, de toutes les interventions, la plus meurtrière. Enfin, chez les opérés qui survivent, on note souvent des troubles trophiques du côté de l'œil. Quant à son influence sur la névralgie, nous manquons d'éléments pour la discuter. Nous ne possédons qu'un résultat, celui de l'Obs. xx, où la résection intra-crânienne du nerf maxillaire inférieur a été suivie d'une grande amélioration pendant trois ans, puis de récédive. Mais nous croyons qu'étant donnée la gravité de la Gasserectomie, gravité bien faite pour donner à réfléchir, il convient de garder cette intervention comme ressource dernière et de n'y recourir qu'après avoir épuisé l'action de toutes les autres. Et si l'on adopte ce principe, l'examen de nos observations nous permet de penser que son indication formelle deviendra bien rare.

En effet, dès l'année 1899, M. Jaboulay a le premier préconisé et appliqué une méthode infiniment plus simple que la Gasserectomie, mais qui aboutit peut-être comme elle à modifier la trophicité du trijumeau tout entier. Nous voulons parler de la résection unilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique. Nous n'insisterons pas longuement sur les bases physiologiques de cette intervention indirecte, renvoyant pour cela aux publications de M. Jaboulay lui-même (*Lyon-Médical*, 1899), et de ses élèves (Termier, thèse de Lyon 1900, *Chirurgie du sym-*

pathique dans les névralgies et syndromes douloureux).

Bornons-nous à rappeler la richesse du trijumeau en fibres sympathiques, richesse en rapport avec le rôle sécrétoire et vaso-moteur du nerf. D'autre part, la participation sympathique à la névralgie faciale est établie cliniquement par la fréquence des troubles sécrétoires, vaso-moteurs et trophiques coexistants.

La section du sympathique cervical peut agir de deux manières sur la névralgie faciale : soit en modifiant par simple action vaso-motrice le régime circulatoire de la moitié correspondante de la face et du crâne, soit surtout à la suite d'une action trophique sur le trijumeau ou sur ses noyaux d'origine.

Dans tous les cas, les recherches sur les dégénérescences consécutives à la section du sympathique cervical ont montré que la chirurgie possédait là une arme indirecte puissante, et l'observation clinique consacre les bons effets habituels de la sympathicectomie contre la névralgie faciale.

Cette intervention a été pratiquée 4 fois primitivement, 9 fois pour récurrence après des arrachements, 4 fois elle a été faite en même temps que des sections périphériques. Une fois enfin, elle a été suivie de récurrence et d'arrachement.

Elle ne constitue pas, en effet, une opération définitive et systématique. Il y a des cas où elle ne donne rien (Osb. xxxi), ou seulement une courte accalmie (3 mois, Obs. xviii, 6 semaines, Obs. xxiv). Mais dans les cas favorables, les plus fréquents, son action se manifeste lentement. La guérison survient en 2 à 6 mois, et ce fait cadre bien avec l'idée d'une action trophique sur le

trijumeau. L'amélioration n'est pas toujours absolument complète, mais elle tend à persister.

Quelle conclusion tirer de tous ces faits ?

Une constatation formelle s'impose d'abord : c'est qu'en matière de névralgie faciale la chirurgie demeure toute puissante là où la thérapeutique médicale a échoué.

Sans doute, nous ne disposons pas d'une opération idéale donnant après elle la guérison parfaite et définitive. Mais nos moyens, encore que plus modestes, n'en sont pas moins précieux.

Les interventions sont suivies de récédives, c'est vrai. En attendant, l'opéré demeure guéri pendant un temps fort long. D'autre part, point capital, cette récédive ne fait que replacer le patient dans la situation où il se trouvait avant qu'on ne l'opère. A une nouvelle intervention peut succéder une nouvelle accalmie.

Ce mot de récédive est donc loin d'évoquer, comme en matière de chirurgie pour cancer, l'idée d'une partie désormais perdue.

Le plus souvent les malades tendent, après une ou plusieurs opérations, vers un état permanent très amélioré, compatible avec une existence normale. Ils ont encore des crises de loin en loin, mais très espacées et très amoindries.

Par quelle méthode intervenir ?

Rejetant d'une part les opérations accessoires comme insuffisantes et infidèles, d'autre part la Gasserectomie et les résections intracrâniennes (du moins comme intervention primitive) à cause de leur gravité, nous

sommes amenés à choisir entre les arrachements périphériques et la sympathicectomie.

Les deux méthodes fournissent des succès, rapides, brillants, mais peu durables avec la première, plus lents mais plus persistants avec la seconde. Ceux de nos opérés qui ont bénéficié successivement de l'une et de l'autre (Obs. xix, xxi, xxii), sont très affirmatifs sur cette différence d'action.

Au point de vue des risques et des difficultés opératoires la sympathicectomie exige évidemment la main d'un chirurgien plus exercé ; mais, sous le bénéfice de cette remarque, l'un et l'autre procédé jouissent d'une égale bénignité.

L'intervention sur les portions terminales du trijumeau paraît plus spécialement réservée aux névralgies limitées à une ou à deux branches.

A la sympathicectomie appartiendraient au contraire les formes étendues à tout le nerf, avec phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires accusés.

La combinaison des deux méthodes est une solution séduisante, au moins en théorie : l'une amenant la guérison rapide que l'autre rendrait durable. Les Observations xxxiii, xxxv et xxxviii encouragent à marcher dans cette voie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Alexandrine R... , 33 ans.

A eu un bec-de-lièvre opéré à 15 ans. Il subsiste une communication entre la bouche et les fosses nasales. Voûte palatine ogivale. Très mauvaise dentition.

Névralgie rebelle du dentaire inférieur.

Le point mentonnier est douloureux à la pression.

En février 1901, arrachement du mentonnier par voie buccale.

Cette malade écrit actuellement que, depuis l'opération, elle est guérie, sauf quelques douleurs dentaires de temps en temps. Mais les crises névralgiques n'ont pas reparu.

OBSERVATION II

Louise-Camille J... , femme P...

Névralgie du dentaire inférieur.

En mai 1906, arrachement des deux bouts du nerf par voie buccale.

Interrogée actuellement, cette malade écrit que l'opération ne l'a pas soulagée et qu'elle souffre beaucoup. Elle doit revenir dans le service.

OBSERVATION III

Pascal B...

Entré en novembre 1897, âgé alors de 61 ans, pour névralgie faciale gauche datant de 32 ans.

Le malade a suivi divers traitements médicaux et s'est fait arracher toutes les molaires supérieures gauches, sans succès.

Le 25, arrachement du sous-orbitaire.

Quelques douleurs le lendemain.

Sort le 5 décembre, ne souffrant plus. La région énervée lui paraît simplement lourde.

Cet homme est mort en juillet 1901.

Sa veuve nous écrit qu'après une période d'amélioration, les douleurs étaient revenues, moins vives, mais beaucoup plus généralisées. Le malade ne trouvait à la fin un soulagement passager que dans les injections de morphine.

OBSERVATION IV

Augustin G. . . , 42 ans. Ni alcoolisme ni syphilis.

Néuralgie ayant débuté en 1893 par des douleurs dentaires. L'avulsion d'une molaire amène une accalmie de quelques mois. Puis les douleurs reviennent, et le malade se fait en vain arracher d'autres dents, saines d'ailleurs.

Il entre en novembre 1897. A ce moment, il souffre constamment, avec des paroxysmes tous les 8 jours. La douleur siège alors dans la branche maxillaire inférieure. Il y a en même temps injection de la conjonctive et larmolement.

Le 22, incision intrabuccale sur l'épine de Spix, et section du dentaire inférieur à ce niveau.

A la suite de cette intervention, accalmie pendant 2 mois. Puis les douleurs réapparaissent peu à peu pour reprendre toute leur intensité.

Elles diminuent de nouveau vers 1904, progressivement. Actuellement (janvier 1908) cet homme déclare ne souffrir presque plus.

OBSERVATION V

Elisa R. . . , 47 ans.

Néuralgie faciale gauche, ayant débuté par la région sus-orbitaire en 1892. Les douleurs revenaient irrégulièrement

d'abord. Elles augmentent beaucoup au commencement de 1901, et la malade vient dans le service en juillet. Les crises s'accompagnent de rougeur de la conjonctive et de larmolement. Il existe des ulcérations trophiques à la lèvre supérieure.

Le 11 juillet 1901, arrachement du sus et du sous-orbitaire.

Pendant 3 années, la malade ne souffre plus du tout, et se croit complètement guérie.

Puis, en 1904, les douleurs reviennent et sont bientôt aussi fortes qu'avant.

En 1906, des séances d'électrisation faites chez elle lui procurent un grand soulagement.

Cette médication lui a donné moins de satisfaction cette année, et actuellement (janvier 1908) elle déclare souffrir un jour moins, un jour beaucoup, parfois horriblement.

OBSERVATION VI

Louis G. . . , 39 ans.

Névralgie faciale gauche datant de 1896, et rebelle à tous les traitements.

Le malade se fait arracher inutilement plusieurs dents, saines d'ailleurs. Les crises douloureuses viennent par périodes de 8 jours, séparées par des accalmies. La parole, la mastication, le froid, un léger contact ramènent les accès.

En août 1901, arrachement par voie buccale du sous-orbitaire et du mentonnier.

Retrouvé en janvier 1908, ce malade déclare que les névralgies ont complètement cessé à la suite de l'opération. Elles revinrent six mois après, mais bien moins violentes. Il pouvait causer et manger très facilement.

Ces douleurs, du reste, allèrent en diminuant. Il ne souffre plus du tout maintenant, et n'a conservé qu'une légère augmentation de volume de la joue du côté opéré. La lèvre supérieure correspondante lui paraît lourde certains jours, ce qui le gêne un peu, dit-il, pour parler.

OBSERVATION VII

Benoîte D. . .

Entrée en août 1901, âgée alors de 76 ans, pour névralgie faciale droite.

Le 7, arrachement des trois branches à l'émergence.

En janvier 1908, la malade écrit qu'après l'opération elle a eu une période d'accalmie presque complète de trois ans. Puis les souffrances sont revenues, mais pas aussi fortes toutefois qu'avant l'intervention.

OBSERVATION VIII

Irénée-Laurent M..., 53 ans.

Névralgie faciale gauche datant de 1891, très violente, rebelle à toutes les médications, et dont les plus longues accalmies ne dépassent pas deux ou trois mois.

Le 14 juin 1905, arrachement du sus-orbitaire, du sous-orbitaire et du mentonnier. A la suite, le malade n'a plus que quelques petites douleurs de loin en loin, fugaces, très minimes. Il se considère comme à peu près entièrement guéri.

Mais en janvier 1907 il a une nouvelle crise qui dure une quinzaine, avec un paroxysme de 3 ou 4 jours pendant lesquels les douleurs revenaient comme autrefois par intervalles réguliers de trois ou quatre minutes. Il déclare cependant qu'elles sont moins fortes et surtout moins étendues qu'avant l'opération. Elles restent à peu près localisées dans la région perilabiale gauche. Il n'y plus comme autrefois des contractions du masseter, presque rien du côté de l'orbite, et rien dans les régions frontale et pariétale où les douleurs auparavant étaient très vives. Cette crise se calme puis disparaît sans traitement.

Jusqu'en décembre 1907 cet homme n'a que quelques légères douleurs. A la fin de décembre, nouvelle crise très forte avec accès paroxystiques réguliers comme avant l'opération.

Cette crise dure une quinzaine, et tend actuellement (15 janvier 1908) à s'atténuer seule, car le malade découragé par l'insuccès des médicaments n'en veut plus prendre aucun.

Il déclare que les douleurs ne sont peut-être pas aussi violentes qu'autrefois, et surtout plus limitées. Si dans cette dernière crise elles ont été plus violentes dans la région périorbitaire qu'il y a un an, elles n'ont toutefois pas gagné le front.

En somme, l'intervention paraît avoir atténué les douleurs et surtout espacé les crises. La section du sus-orbitaire a eu un effet radical, jusqu'à présent, et la névralgie n'a pas reparu dans son territoire. Celles du sous-orbitaire et du mentonnier ont atténué des souffrances et restreint sensiblement la zone où elles s'étendaient.

Le malade se déclare prêt à subir une nouvelle opération plus radicale si ses douleurs reparaissent, car le traitement chirurgical, dit-il, est le seul jusqu'à ce jour qui lui ait procuré quelque soulagement.

OBSERVATION IX

Léon G..., 64 ans.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires ou personnels. Ni syphilis ni alcoolisme.

En 1888, cet homme ressent pour la première fois des douleurs violentes dans le domaine du trijumeau droit. Ce sont des crises qui durent de quelques minutes à une heure, et qui reviennent tous les 8 à 10 jours.

Les médicaments sont sans influence, et en 1902 les crises se rapprochent et s'exacerbent.

Le malade entre dans le service en mai 1903. Il présente un peu de paralysie faciale droite. La moitié droite de la face lui paraît engourdie dans l'intervalle des crises. Celles-ci éclatent à la moindre influence, refroidissement, mastication, parole. Elles revêtent la forme tic douloureux depuis quelques mois, et s'accompagnent parfois de vaso-dilatation, avec hypersé-

crétion sudorale et salivaire lors des crises spécialement violentes. Les douleurs s'irradient au sommet du crâne, mais pas au cou. Elles paraissent débiter au point naso-lobaire. Les crises durent quelques minutes, et surviennent au nombre de quarante par jour environ.

Les points sous-orbitaire, naso-lobaire et dentaire inférieur sont nettement douloureux à la pression. La joue est un peu œdématisée. Pas de troubles de la sensibilité cutanée. Diminution de la sensibilité scléro-cornéenne. Pas de troubles trophiques de la barbe et des cheveux.

Abolition des réflexes rotuliens. Pas d'Argyll, ni de Romberg.

Le 11 mai, arrachement du bout central et du bout périphérique des nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier.

Le 15 mai 1903 le malade part guéri, avec anesthésie de la moitié droite de la face, et parésie correspondante très marquée.

Retrouvé en janvier 1908, cet homme écrit qu'il est resté deux ans environ sans ressentir aucune douleur. Après ce temps les névralgies ont reparu, mais bien moins fortes. Elles continuent depuis à le faire souffrir quelquefois, mais la douleur est supportable et il n'a pas eu à reprendre de médicaments.

OBSERVATION X

Louis J. . . , 33 ans.

Névralgie trifaciale gauche, à forme de tic douloureux, ayant débuté en 1903.

Insuccès des traitements médicaux. Le malade se fait arracher des dents, d'ailleurs saines, puis subit des séances d'électrisation, sans résultat.

En juillet 1907, arrachement du sus-orbitaire, du sous-orbitaire et du mentonnier. Le soulagement n'est pas immédiat ; il y a encore des secousses douloureuses qui diminuent en quelques jours, puis le malade sort guéri.

Nous le retrouvons en décembre 1907, souffrant autant qu'avant l'opération. Après une accalmie parfaite de six mois est survenue la récurrence. Le malade est incapable de tout travail. Découragé, il paraît décidé à ne pas subir de nouvelle opération, et cherche à soulager ses accès en absorbant du laudanum.

OBSERVATION XI

Rémy C..., 61 ans.

Entré en juillet 1901, pour une névralgie de la branche maxillaire supérieure, dont le début remonte à 10 ans.

Cet homme souffre beaucoup, surtout depuis six mois, d'une façon intermittente.

Depuis 3 semaines les souffrances sont continues.

Le 29 juillet, arrachement du sous-orbitaire.

Le 30 avulsion d'une molaire supérieure.

Sort le 5 août complètement guéri.

Une récurrence ramène le malade dans le service, où il est réopéré le 23 octobre 1902.

Il nous a été malheureusement impossible d'établir la nature de cette seconde opération, et de savoir ce qu'était ensuite devenu cet homme.

OBSERVATION XII

Jeanne G..., 61 ans.

Névralgie faciale droite, avec crises survenant toutes les deux heures et durant une demi-heure.

En juillet 1901, opération sur le nerf maxillaire supérieur sans résultat immédiat. Puis, au bout de deux mois et demi, cessation brusque des crises.

Celles-ci réapparaissent en novembre 1902, après une période d'accalmie de plus d'une année. Elles durent 10 minutes. La douleur part de la gencive inférieure droite, et s'irradie à la joue et à la mâchoire.

Le 5 février 1903, section du sous-orbitaire et du mentonnier par voie buccale.

La malade n'a pu être retrouvée depuis.

OBSERVATION XIII

Guillaume G..., 59 ans.

Rien dans les antécédents. Pas de paludisme, ni la syphilis et l'alcoolisme.

Néuralgie faciale droite, à forme de tic douloureux, ayant débuté vers 1902. Traitements médicaux habituels restés sans succès.

En août 1905, arrachement du sus-orbitaire, du sous-orbitaire et du mentonnier.

Consécutivement, guérison à peu près complète jusqu'en juin 1907. A ce moment réapparition progressive des crises. Elles sont peut-être moins intenses que la première fois. Elles sont provoquées par le froid, la mastication, la parole. La douleur débute par l'angle naso-lobaire.

Revient en janvier 1908. Dans l'intervalle des accès, on constate de l'anesthésie incomplète dans le domaine du trijumeau. Le point naso-lobaire est douloureux.

Le 8, arrachement du sous-orbitaire par voie buccale. 2 ou 3 petites crises aussitôt après le réveil, puis guérison complète.

Sort le 15, avec un léger œdème du territoire énervé et une anesthésie complète correspondante.

OBSERVATION XIV

Pauline M., 59 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires. Ni paludisme, ni syphilis, ni rhumatisme. Malade très nerveuse, sujette depuis l'âge de 32 ans à des migraines et à des névralgies dentaires rebelles et incessantes. Elle se fit arracher sans résultat six dents de la mâchoire supérieure droite.

N'a jamais présenté le syndrome tic douloureux. Mais a eu

du trismus qui l'empêchait pendant une journée d'ouvrir la bouche. Elle a eu aussi du zona.

Elle entre en janvier 1897, avec une névralgie faciale droite étendue aux trois branches, sous forme de douleur continue avec accès paroxystiques. Ces derniers sont déterminés par le moindre contact, par les mouvements de la mâchoire. La pression sur l'épine de Spix les ramène. Ils s'accompagnent de contraction du masseter, de larmoiement avec injection de la conjonctive et de la muqueuse bucco-gingivale. La douleur part de la glande lacrymale, et s'étend surtout à l'ophtalmique et au maxillaire supérieur.

Il existe un point palpébral à la partie supéro-externe de l'orbite, un point naso-lobaire, des points sus-orbitaire, sous-orbitaire, malaire, dentaires, auriculo-temporal. Il y a enfin hypersécrétion salivaire.

Le 8 janvier, arrachement du sous-orbitaire. Le 14, la malade continuant à souffrir, arrachement du sus-orbitaire et du mentonnier.

Elle part guérie le 22.

A la suite, guérison absolue pendant six mois. Puis les douleurs revinrent par intermittences.

Cette femme revient en mai 1898, soit 15 mois après la première intervention. On lui refait l'arrachement des trois branches à la périphérie.

Elle n'a pu être retrouvée ultérieurement.

OBSERVATION XV.

Marianne Ch..., 76 ans.

Névralgie faciale ancienne.

En 1899, section du sus et du sous-orbitaire. (M. Gangolphe).

En 1901, réincision des cicatrices, et section du dentaire inférieur. (M. Siraud).

En 1903, réincision des cicatrices (M. Gauthier).

Chaque intervention est suivie d'un soulagement temporaire.

En 1905 la malade revient pour une récurrence nouvelle. Elle éprouve des lancées douloureuses dans le domaine du maxillaire inférieur, surtout à l'occasion de la parole et de la mastication.

Ramollissement cérébral probable. Pas d'intervention.

Cette malade n'a pu être retrouvée en janvier 1908.

OBSERVATION XVI

Henri P..., 61 ans.

Néuralgie faciale rebelle.

En septembre 1902, arrachement du sus et du sous-orbitaire.

Guérison momentanée, puis récurrence au bout d'un an.

En septembre 1903, nouvel arrachement du sous-orbitaire

Accalmie nouvelle, puis récurrence, et en juillet 1904 excision d'une portion du rebord gingival. Pas d'effet.

Quelques jours après, arrachement du sous-orbitaire, en partie régénéré.

Les douleurs persistent. Dans un nouveau temps, section des nerfs dentaires postérieurs, par la voie zygomatique.

Cette intervention complexe est suivie d'une guérison totale jusqu'en octobre 1906. Puis nouvelles souffrances très violentes. Un traitement médical non précisé est alors suivi. Les douleurs cessent en décembre 1906.

Depuis, accalmie partielle, avec deux périodes de vives souffrances ayant duré quelques jours. La dernière vient de prendre fin ces jours-ci. (Décembre 1907).

OBSERVATION XVII

Louis L..., 32 ans. Entré le 28 novembre 1907.

Ce malade est un épileptique soigné à l'hospice du Perron. Plus de grandes crises depuis un an, mais des vertiges.

Il souffre de néuralgie faciale droite depuis 8 ou 9 ans, et a subi déjà de nombreuses opérations. La douleur est limitée au territoire du nerf maxillaire inférieur. Toutefois la pression

au niveau du trou mentonnier gauche est également douloureuse.

Le sujet répond d'une façon peu précise à l'interrogatoire.

Le 30 novembre, M. Jaboulay pratique la résection du ganglion supérieur du sympathique droit.

Consécutivement, enophtalmie, myosis à droite, pas de troubles vasculaires ; disparition des phénomènes douloureux spontanés.

Revient le 14 janvier 1908, souffrant dans la portion inférieure gauche de la face.

Le 16, sympathicectomie gauche.

Suites opératoires bonnes.

Le 22, les douleurs faciales ont disparu, mais le malade se plaint de souffrir un peu de la nuque et des épaules.

OBSERVATION XVIII

Claude P. . . , 59 ans, entré le 31 mars 1900.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Ni rhumatisme, ni syphilis, ni alcoolisme, ni paludisme.

Il souffre d'une névralgie faciale gauche dont le début brusque, attribué à un refroidissement, remonte à quatre ans et demi.

En 1896, élongation du nerf sous-orbitaire. Bon résultat les premiers temps, puis récidive d'emblée totale au bout de 13 mois.

A l'entrée, mars 1900, les crises débutent par les dents supérieures gauches, qui sont saines, et la douleur s'irradie ensuite à la joue.

Le 2 avril 1900, sympathicectomie. Elle est suivie d'une douleur assez vive dans la nuque et la région occipitale, (douleur déjà notée par M. Jaboulay après résection du sympathique) qui cesse au bout de quelques jours. Syndrome oculopupillaire, léger œdème de la moitié gauche de la face.

La névralgie diminue rapidement et cesse. Le malade part le 16.

Après cette opération, accalmie de trois mois, puis nouvelles crises douloureuses, surtout réveillées par la mastication.

Le malade est mort d'une affection cardiaque six mois après sa sortie.

OBSERVATION XIX

Marie G..., femme M..., 73 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Parents morts âgés. Personnellement, pas de maladies antérieures. Ni rhumatisme, ni syphilis.

A souffert de douleurs dentaires depuis l'adolescence.

Vers 1896 survient une névralgie faciale droite. Les crises d'abord supportables prennent progressivement une grande intensité. Elles siègent dans le domaine de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur.

La malade se fait arracher vainement plusieurs dents intactes, et emploie sans succès les divers médicaments habituels.

Elle vient dans le service en juillet 1898.

A ce moment les accès paroxystiques presque subintrants sont devenus intolérables. Ils s'accompagnent de larmoiement. La malade évite de manger pour ne pas souffrir, et son état général devient mauvais.

M. Jaboulay sectionne le sus et le sous-orbitaire, et arrache les deux bouts de chaque nerf. Aussitôt après, soulagement complet.

La malade reste trois ans et demi sans présenter de crises, complètement guérie sauf une sensibilité un peu exagérée dans la région atteinte.

Mais vers décembre 1901, les douleurs reparaissent dans le même territoire, passagères tout d'abord et supportables. Puis en mars 1902 elles reprennent le caractère continu et intolérable qu'elles avaient avant la première opération.

La malade revient alors dans le service en avril 1902. M. Jaboulay repasse dans les premières incisions et arrache les filets nerveux régénérés.

Suit une nouvelle accalmie totale d'environ trois années. Puis nouvelle récédive qui ramène cette malade en juillet 1906.

Le 31, réincision des anciennes cicatrices, puis sympathiectomie.

Il s'en suit cette fois encore une amélioration, mais qui, au dire de la malade, aurait été moins rapide et moins complète que les premières.

La malade a recommencé à souffrir au bout de six mois. Elle a eu depuis cette époque deux grandes crises douloureuses.

Actuellement (janvier 1908), elle présente nettement le syndrome oculo-pupillaire. La joue droite est lisse et plate dans sa partie inférieure. Les points sus et sous-orbitaire sont sensibles à la pression, ainsi que le point naso-lobaire. La piqure est également ressentie dans les deux moitiés de la face; il n'existe pas de troubles vaso-moteurs.

La malade conserve une grande sensibilité au froid et au contact, surtout au niveau de la lèvre supérieure. Mais son état, néanmoins, est bien amélioré, et ses souffrances actuelles très supportables.

OBSERVATION XX

Antoine O..., 73 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement, bonne santé habituelle jusqu'en 1877, où il reçut accidentellement un choc violent sur la région sous-orbitaire gauche, causant une plaie profonde qui fut suturée.

Quatre ou cinq années après, le malade commence à ressentir des douleurs fugaces qui partent du rebord alvéolaire supérieur gauche pour s'irradier à la joue. Il se fait arracher successivement toutes les dents correspondantes sans résultat. Les douleurs revenaient d'abord par accès peu fréquents et peu intenses, mais peu à peu les périodes d'accalmie sont plus courtes et plus rares; en novembre 1892,

le malade fait un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, où M. Poncet lui sectionne le sous-orbitaire.

Cette opération amène un soulagement complet pendant cinq mois.

Les douleurs ayant reparu, cet homme revient à l'Hôtel-Dieu en juillet 1893. M. Jaboulay décide de pratiquer la résection du ganglion de Gasser par la voie temporo-zygomatique. Mais, pendant la trépanation, blessure des méninges et écoulement d'un flot de liquide céphalo-rachidien. A ce moment le pouls et la respiration se ralentissent au point que l'opération doit être abandonnée.

Quoique incomplète, cette intervention n'en amène pas moins un soulagement total de trois mois.

Nouveau séjour en février 1894. Une résection du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche ne donne pas de résultat marqué.

Le malade revient le 23 juin 1896; il souffre toujours. Les douleurs partent du bord maxillaire supérieur gauche pour s'irradier à la face, mais surtout à la joue; elles sont continues. En outre, plusieurs fois par jour surviennent des paroxysmes atroces, qui durent une minute, et sont provoqués par la moindre cause. Pendant ces accès, larmoiement, salivation, congestion de la face à gauche. La sensibilité au contact y est amoindrie. Il y a aussi un peu de parésie faciale de ce côté.

Le 25, Gasserectomie par la voie temporo-zygomatique. L'examen histologique montre qu'il n'y a dans la partie enlevée qu'un fragment de tronc nerveux appartenant au nerf maxillaire inférieur.

La myéline est fragmentée.

Suites opératoires simples. Le malade part le 30 juillet, complètement soulagé. Revu le 30 novembre suivant, il dit ressentir de légères douleurs dans tout le côté gauche de la face, mais qui ne sont en rien comparables aux souffrances atroces d'autrefois.

Cette grande amélioration dure trois ans, puis les douleurs reviennent progressivement croissantes.

Le malade revient encore en mai 1900. En dehors des crises, il subsiste un engourdissement généralisé à toute la moitié gauche de la face. Le reste du rebord alvéolaire supérieur gauche est particulièrement sensible.

Le 12 mai 1900, faradisation du sympathique, puis résection du ganglion cervical supérieur.

A la suite de cette opération, grande amélioration coupée de quelques accès rares et peu durables, et qui persiste 4 ans. Depuis 1905 cet homme s'est remis à souffrir. Les douleurs sont très fortes et n'ont pour ainsi dire pas cessé jusqu'à maintenant. Il cherche un soulagement momentané dans les injections de morphine.

OBSERVATION XXI

Joseph J. . . , 51 ans.

Névralgie faciale droite datant de 5 ans.

Les crises s'accompagnent de troubles vaso-moteurs et de larmolement.

Le 3 janvier 1906, arrachement du sus-orbitaire, du sous-orbitaire et du mentonnier. Cette opération est suivie d'une crise douloureuse extrêmement intense, qui dure une quinzaine de jours; puis arrive une période d'accalmie parfaite qui persiste sept mois.

Vers la fin d'octobre, réapparition subite de la névralgie. Le 11 septembre, il est procédé à la réincision des cicatrices, à l'arrachement de l'auriculo-temporal, et à la sympathiectomie.

A la suite de cette opération, nouvelle accalmie d'une année, jusqu'en septembre 1907, où reparaissent les crises douloureuses. Celles-ci toutefois sont moins violentes et plus espacées qu'avant les interventions.

OBSERVATION XXII

Jeanne V. . . , femme R. . . 57 ans.

Névralgie faciale gauche à forme de tic douloureux, ayant débuté en 1900, au moment de la ménopause. Les paroxysmes

douloureux s'accompagnent de troubles vaso-moteurs et de larmoiement.

La malade commence par se faire arracher des dents, sans succès.

En 1900, résection du sous-orbitaire (M. Dor).

Six mois après, M. Jaboulay réincise la cicatrice.

Les souffrances persistent.

Le 26 juin 1901, sympathicectomie gauche.

La malade est soulagée pendant trois mois, puis recommence à souffrir.

Elle revient en mars 1902. On injecte de l'air stérilisé dans le tissu cellulaire de la joue.

Revue en janvier 1908, cette femme déclare que depuis la sympathicectomie la névralgie, sans avoir jamais complètement cessé, est devenue supportable. Les paroxysmes douloureux, avec larmoiement, n'ont pas reparu.

La pression au point naso-lobaire est seule douloureuse.

Enfin la vision de l'œil gauche est presque abolie : la malade ne peut compter les doigts à 50 centimètres.

OBSERVATION XXIII

Jean A..., 43 ans, entré en octobre 1899.

A l'âge de 5 ans, perte de l'œil gauche à la suite d'un coup de couteau accidentel. Paludisme douteux ; ni syphilis, ni rhumatisme.

En 1889, débute une névralgie faciale gauche limitée d'abord à un point dentaire, mais qui s'étend progressivement.

En avril 1897, arrachement des nerfs sus et sous-orbitaire ; pas d'amélioration. Dans le même mois, résection du ganglion de Meckel, par l'orbite, en défonçant les parois supérieure et postérieure du sinus. Elle est suivie d'une rémission presque complète de deux ou trois mois. Puis récède.

En juin 1899, incisions pour couper les filets peut-être régénérés du sus et du sous-orbitaire, mais sans résultat notable.

En octobre 1899, la névralgie s'est étendue au territoire des trois branches. Crises de tic douloureux, 60 par jour, avec congestion et larmoiement, mais pas de salivation.

Le 26, sympathicectomie.

Elle est suivie d'une amélioration qui persiste encore six mois après. A ce moment, trois ou quatre crises par jour à peine, et bien moins fortes. Elles surviennent à l'occasion de la mastication.

Malade non retrouvé ultérieurement.

OBSERVATION XXIV

Adrien V..., 55 ans.

Rien de particulier dans les antécédents. L'affection a débuté en 1903 : au moment où le malade s'apprêtait à boire, il ressentit au niveau de l'angle de la mâchoire gauche une douleur très vive qui disparut immédiatement.

Même phénomène trois semaines plus tard, puis les poussées douloureuses vont en se rapprochant, toujours brusques et de très courte durée. Ces douleurs, qui sont parfois spontanées, apparaissent le plus souvent à l'occasion de la mastication.

Le malade se fait arracher successivement plusieurs dents, mais n'obtient, de même que par le traitement médical, que de vagues améliorations.

Entre à la clinique en novembre 1905, où M. Jaboulay lui fait un arrachement du mentonnier par voie buccale. Bons résultats immédiats. Le malade part au bout de huit jours, n'ayant plus que deux ou trois petites secousses peu douloureuses par vingt-quatre heures.

Il ne souffre plus jusqu'en mars 1906.

A cette époque, soit au bout de 4 mois, les douleurs réapparaissent de plus en plus vives, s'étendent à la joue gauche. Elles revêtent toujours le caractère fulgurant, mais sont parfois tellement rapprochées que le malade peut rester une heure et plus sans cesser de souffrir.

Il rentre de nouveau à la clinique et, le 8 janvier 1907,

M. Jaboulay arrache par la voie buccale le mentonnier à nouveau et le sous-orbitaire.

Les douleurs sont un peu diminuées mais persistent et, le 11 janvier, M. Jaboulay pratique l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique gauche.

Le 30 janvier, le malade se plaint encore d'un peu d'agacement au niveau des gencives. La face, dans le territoire du sous-orbitaire et du mentonnier arrachés, est le siège d'une certaine enflure, avec tension faiblement douloureuse.

Mais les crises fulgurantes n'ont pas reparu.

Il quitte à ce moment l'Hôtel-Dieu.

Voici maintenant, d'après les renseignements fournis par sa veuve en décembre 1907, l'histoire ultérieure de ce malade :

Après son retour chez lui, il fut mieux pendant six semaines. Puis le mal revint peu à peu. Le malade « avait la sensation que son sang se portait à sa tête, et voyait tout tourner ».

Il se fit arracher encore deux dents, mais les douleurs allèrent en augmentant d'intensité, au point que le sujet parlait de se tuer, et poussait des cris dès qu'il cessait d'être sous l'influence de la morphine, employée désormais. Il est mort le 29 mars 1907.

OBSERVATION XXV

Jean-Baptiste M. . . , 37 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Marié. Un enfant bien portant. Nie la syphilis, mais avoue un éthylysme assez marqué.

Pas de service militaire, a été réformé pour un varicocèle. Pneumonie à l'âge de 25 ans.

Souffre de névralgie faciale droite depuis plus de cinq ans. A fait un premier séjour dans le service en juin 1907. A ce moment, on lui arrache le sus-orbitaire, le sous-orbitaire et le mentonnier (ces deux derniers par voie buccale).

Quelques jours après, sort guéri. Cette guérison se maintient jusqu'au 25 décembre 1907, soit 6 mois.

Depuis, les crises douloureuses sont revenues, occasionnées surtout par la parole et la mastication. Elles sont plus espacées qu'avant la première intervention, mais aussi plus douloureuses et plus prolongées (1 heure, 1 heure 1/4). Elles débutent par le point naso-lobaire, gagnent tout le côté droit de la face, et s'accompagnent de tressaillements musculaires.

De plus, le malade se plaint de palpitations. Il se dit agité, anxieux, plus nerveux qu'auparavant. Diminution de la sensibilité dans la moitié droite de la face, sauf au point naso-lobaire qui est hyperesthésié. Le malade estime que l'anesthésie diminue, qu'elle était bien plus marquée il y a 2 ou 3 mois. Pas de points de Valleix. On note le tremblement des mains, la tachycardie (110). Réflexes pupillaires normaux, pupilles égales. Au cœur, pas de bruits anormaux ni surajoutés.

Le 30 janvier 1908, sympatricectomie.

OBSERVATION XXVI

Etienne R. . . , 69 ans.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 13 novembre 1895. Aucun antécédent. Le malade souffre depuis deux ans d'atroces douleurs survenant par accès courts et rapprochés, localisées au territoire du nerf maxillaire supérieur droit.

Cette névralgie a résisté à la quinine, à l'antipyrine et à l'aconitine.

L'avulsion de toutes les dents supérieures du côté atteint, la resection de 4 centimètres du nerf maxillaire supérieur du même côté n'ont également produit aucun effet.

Gassrectomie le 16 novembre, par la voie temporo-zygomatique. Resection de la plus grande partie du trijumeau intracrânien, depuis l'entrée du cavum de Meckel jusqu'aux trous ovale et grand rond.

Cinq heures après, anesthésie complète de tout le domaine du trijumeau, sauf à la paupière supérieure où il y a seulement hypoesthésie.

Mort 24 heures après l'intervention.

Autopsie : toutes les artères encéphaliques sont très athéromateuses. Aucun dégât capable d'expliquer la mort. Sinus caveux et carotide intacts. Le tronc du trijumeau et les branches efférentes du ganglion de Gasser ont été sectionnés très exactement.

OBSERVATION XXVII

Claude Th..., 69 ans.

Aucun antécédent. En 1887 apparaît une douleur continue au voisinage de l'angle externe de l'œil droit. Cette douleur persiste avec les mêmes caractères jusqu'en 1894. A cette date viennent s'ajouter des crises paroxystiques, qui augmentent graduellement de fréquence et d'intensité. Elles siègent dans le domaine du maxillaire supérieur et sont surtout causées par la mastication.

En juin 1896, résection du sous-orbitaire. Le malade part guéri. Il ne conserve qu'une douleur sourde au point nasogénien.

Il revient en juillet, se plaignant de cette douleur persistante. Il n'a toutefois pas repris de crises. Mais il éprouve des irradiations vers l'œil droit.

Le 22, résection du ganglion de Gasser.

Le 25, mort par méningite.

A l'autopsie, on constate que l'ablation du ganglion n'a pas été totale. Il y a eu seulement résection de sa partie antérieure et des nerfs maxillaires supérieur et inférieur.

OBSERVATION XXVIII

Claude B..., 68 ans.

Bonne santé antérieure. Ni syphilis, ni paludisme, ni alcoolisme.

En 1896 débute chez lui une névralgie faciale gauche contre laquelle le traitement médical, aconit, antipyrine, bromure, a été impuissant. Elle occupe, en février 1899, la sphère des nerfs ophtalmique et maxillaire supérieur.

La pression est douloureuse aux points sus et sous-orbitaire, malaire. La joue gauche est plus lisse et plus aplatie que la droite. Les crises, à forme de tic douloureux, s'accompagnent de larmoiement, de rougeur de la conjonctive, et d'hyper-sécrétion nasale. Dans leur intervalle persiste de l'endolorissement.

Le 22 février 1899, sympathicectomie.

Amélioration consécutive rapide de la névralgie, qui a presque disparu le 16 mars, lors de la sortie du malade. En mai, il ne ressent absolument plus rien.

La guérison complète s'est maintenue pendant deux ans. A partir du milieu de 1901 les douleurs reviennent sous forme de crise durant une semaine, et séparées par des intervalles de trois ou quatre mois. Mais elles sont, au dire du malade, bien moins fréquentes et bien moins vives qu'avant l'opération, très supportables en somme.

En 1905, le malade souffre presque continuellement, mais de douleurs bénignes. Augmentation marquée des souffrances à partir de novembre.

OBSERVATION XXIX

Françoise B..., femme G..., 56 ans.

Rien de spécial dans les antécédents.

Il y a 13 ans environ, vers 1895, la malade commence à prendre des crises d'épilepsie. Elle aurait eu des chagrins à cette époque, dit-elle. Les crises sont assez fréquentes, tous les 2 ou 3 jours, surtout au moment des règles. Il existe en outre quelques troubles mentaux avec perte partielle de la mémoire. Les traitements médicaux restent sans effet.

En 1903 débute une névralgie faciale gauche. Il existe une douleur continue, à laquelle s'ajoutent des accès paroxystiques de plus en plus fréquents, avec secousses musculaires et larmoiement. Ces accès qui arrivent à se répéter d'heure en heure sont spontanés : le froid, la mastication ne les provoquent pas. Le maximum des douleurs occupe le territoire du

maxillaire supérieur et de l'ophtalmique. Douleur provoquée aux points sus-orbitaire, sous-orbitaire et temporal.

Les médicaments n'ayant pas d'effet, la malade est opérée par M. Jaboulay qui pratique la résection du ganglion cervical supérieur gauche, le 12 octobre 1905. Après l'opération, syndrome oculo-pupillaire net.

Cette femme quitte le service après quelques jours pour être admise à l'hospice des Chazeaux, où nous la voyons en janvier 1908. Nous apprenons là que la sympathicectomie unilatérale n'a pas eu d'influence sur les crises d'épilepsie, qui persistent de même que les troubles mentaux.

La névralgie faciale au contraire qui, dans les premières semaines après l'opération n'était pas modifiée, a présenté une décroissance rapide de ses accès, et leur disparition complète au bout de six mois. Il n'a persisté qu'une douleur sourde, très supportable au dire de la malade.

La pression au point sus-orbitaire éveille une douleur nette. Il en est de même au point naso-lobaire. Mais les paroxysmes n'ont plus reparu et la malade se déclare considérablement améliorée. Actuellement, soit plus de deux ans après l'intervention, persiste un très léger myosis à gauche, avec enophtalmie à peine marquée, et aplatissement net de la joue. Cette femme, qui a toujours été très myope, dit que sa vision de l'œil gauche a beaucoup baissé depuis l'opération.

OBSERVATION XXX

Pierre P..., 63 ans.

Entré à l'Hôtel-Dieu en octobre 1900.

Impaludique ancien. N'a pris, dans ces dernières années, qu'un ou deux accès par an, traités régulièrement par la quinine.

Le malade souffre d'une névralgie du trijumeau datant de 4 ans. La douleur, modérée au repos, est exacerbée par la mastication ou la parole.

Différents analgésiques, notamment la quinine et l'anti-

pyrine, n'ont pas donné de résultat, non plus que l'avulsion de toutes les molaires supérieures gauches.

Le 20 octobre 1900, sympathicectomie gauche.

Pendant 2 mois, pas de changement notable. Les douleurs sont presque aussi vives qu'avant. Puis elles diminuent progressivement pour disparaître tout à fait en janvier 1901. La mastication est redevenue possible. La sensibilité à la pression aux points d'émergence des nerfs maxillaire supérieur et inférieur persiste. Syndrôme oculo-pupillaire. La joue gauche semble un peu plus colorée que la droite.

Pendant l'automne de 1901 le malade a une seule crise douloureuse, durant 10 minutes.

Il meurt de pneumonie en mars 1902.

En somme la guérison de la névralgie s'est maintenue pendant 17 mois.

OBSERVATION XXXI

Etienne A..., 47 ans.

Névralgie faciale gauche, ayant débuté en 1889. Vers la fin de 1900, la maladie a pris une grande intensité.

Cet homme vient dans le service en mai 1901. Il souffre presque constamment, surtout dans la moitié inférieure gauche de la face, d'une névralgie à forme de tic douloureux.

Le malade a un dermite intense de toute la joue, causée par le frottement énergique de son mouchoir pendant les crises.

Le 11, sympathicectomie.

Le 13, suites bonnes, syndrome oculo-pupillaire. Persistance de la névralgie.

Actuellement (janvier 1908) le malade écrit qu'il souffre beaucoup de crises aussi fréquentes, et qu'il se propose de revenir dans le service.

OBSERVATION XXXII

Jean P..., 77 ans.

Ni impaludisme, ni alcoolisme. Pas de syphilis probable.

Souffre d'une névralgie faciale droite datant de 33 ans, et qui aurait débuté après un refroidissement. Crises fulgurantes de plus en plus fréquentes. Endolorissement dans leur intervalle.

En 1880 et 1881, section des nerfs sus et sous-orbitaire par M. Létievant. Amélioration temporaire, puis récidive.

Cet homme revient en novembre 1899, présentant le syndrome « tic douloureux », avec 60 à 80 crises par 24 heures. M. Jaboulay pratique la sympathicectomie. Le malade est soulagé pendant quelque temps, les crises sont moins fortes et moins fréquentes, 8 à 10 par jour. Mais elles reprennent peu à peu avec autant d'intensité qu'auparavant.

Nouveau retour en juillet 1901. Les crises, très douloureuses, durent 10 à 15 secondes et se répètent à quelques minutes d'intervalle. Les secousses occupent toute la moitié droite de la face. Il y a une vaso-dilatation prononcée.

Le 20 juillet, M. Jaboulay intervient sur le sus-orbitaire, dont il arrache les fibres régénérées, et sur le sous-orbitaire qui est poursuivi sur le plancher de l'orbitre après trépanation du maxillaire supérieur.

Le malade continuant à souffrir, M. Jaboulay intervient de nouveau le 24, arrache le nerf maxillaire inférieur, après résection de l'arcade zygomatique (abondante hémorragie d'une branche de la méningée moyenne).

Suites bonnes. Le malade part guéri.

Cet homme n'a pu être retrouvé en janvier 1908.

OBSERVATION XXXIII

Jean-Baptiste B... , 71 ans. Entré le 9 août 1899.

Bonne santé habituelle. Reçut en 1896 un coup de pied de mulet qui lui cassa trois dents à droite. Il tend à attribuer à cet accident sa névralgie faciale droite qui débuta un an après.

A son entrée, le malade accuse une douleur sourde continue, et des accès paroxystiques. Les points malaire, sus et

sous-orbitaire, sont douloureux à la pression. Cet homme redoute de parler, manger ou boire. Il ne prend que des aliments liquides.

Résection du sous-orbitaire, faradisation puis résection du ganglion cervical supérieur droit. Pendant l'électrisation, on constate de l'exophtalmie avec dilatation pupillaire, de l'augmentation de la sécrétion sudorale dans la moitié droite de la face, et, quoique le ganglion ait été isolé, des contractions des muscles du cou, de l'épaule, de la langue. Le cœur est peu influencé.

Les jours suivants, amélioration progressive aboutissant à la guérison, totale au bout de 9 jours.

Celle-ci persiste encore 10 mois après.

Recherché en 1908, cet homme n'a pas été retrouvé.

OBSERVATION XXXIV

Marie R... 57 ans.

Fièvre typhoïde à 15 ans.

Néuralgie faciale droite datant de 1895. Les crises sont ramenées par la mastication et par la parole. Elles s'accompagnent de congestion et de larmolement. La malade les évite lorsqu'elle a tenu dans la bouche une solution de cocaïne.

Douleur provoquée aux points mentonnier, sus-orbitaire, sous-orbitaire et auriculo-temporal.

En mai 1900, faradisation puis résection du sympathique cervical droit. La malade part le 1^{er} juin, n'ayant pas repris de crises.

Elle revient le 22, à cause de la persistance de la douleur dans le domaine du maxillaire inférieur, avec retour des crises au moindre mouvement. Ces dernières toutefois ne s'irradient plus autant qu'autrefois.

Le 23, arrachement du mentonnier par voie buccale.

Pas d'effet immédiat.

Le 30 juillet, abrasion de la muqueuse gingivale.

A la suite de ces interventions, amélioration considérable jusqu'en 1902. A ce moment, retour de douleurs très fortes

pendant 4 à 5 mois, puis accalmie de 6 mois. Nouvelle période de douleurs pendant 2 ans, avec accès aussi fréquents qu'avant les opérations, mais moins intenses et moins prolongés.

En décembre 1908, la malade écrit que son état continue à offrir des alternatives semblables. Elle emploie sa solution de cocaïne avant les repas. Elle se déclare en somme améliorée.

OBSERVATION XXXV

Marie-Clémence G. . . , 64 ans.

Rien dans les antécédents, ni paludisme, ni syphilis, ni alcoolisme.

Névralgie faciale gauche datant de 1896.

L'avulsion des dents à gauche n'a eu aucun résultat. L'anti-pyrine, la morphine ne procurent qu'une sédation passagère.

Souffrances continues, avec paroxysmes qui durent deux minutes et reviennent tous les quarts d'heure, au cours desquels se montrent des troubles vaso-moteurs, congestion, salivation, larmoiement. Les douleurs s'irradient dans la nuque et l'épaule. Elles augmentent de fréquence et d'intensité la nuit.

Le 19 mars 1900, arrachement périphérique des 3 branches du trijumeau. Aucun résultat immédiat, sauf l'anesthésie des territoires correspondants.

Le 24, sympathicectomie.

Amélioration rapide. Les crises sont moins intenses et plus rares.

En novembre 1905, la malade écrit que l'amélioration n'a pas été durable. Elle a des crises violentes.

En janvier 1908, elle écrit de nouveau que les douleurs persistent toujours, mais qu'elles sont relativement atténuées et en somme supportables.

OBSERVATION XXXVI

Annet-François M. . . , 58 ans.

Rien dans les antécédents, ni rhumatisme, ni malaria, ni saturnisme.

En 1883, le malade fait une chute de 4 mètres et reste plus d'un quart d'heure sans connaissance.

Deux ans après débute une névralgie faciale gauche, surtout intense dans le domaine du maxillaire inférieur. La souffrance augmente progressivement d'intensité. Au milieu de l'année 1894 elle devient réellement intolérable. Il existe une douleur sourde et continue, à laquelle s'ajoutent des accès fulgurants. Le malade se fait arracher des dents saines, sans effet.

Il entre dans le service en novembre 1896. On constate une hyperesthésie de la peau au niveau des expansions terminales du maxillaire inférieur. Pas de points de Valleix. Les accès revêtent le type de la névralgie épileptiforme. Ils sont réveillés par la parole, la mastication, une impression de froid. La pression sur l'épine de Spix agit de même.

Opération le 26 novembre : M. Jaboulay découvre par une incision cutanée le nerf sous-orbitaire, le dégage de son canal en réséquant un fragment du plancher de l'orbite, et le charge sur une sonde cannelée. Puis il injecte dans le nerf 8 seringues de Pravaz d'eau bouillie, retire l'aiguille tout en comprimant le point d'entrée et referme la plaie en maintenant la compression.

Nouvelle intervention le 29. M. Jaboulay incise la muqueuse buccale au niveau de l'épine de Spix et pratique l'arrachement du dentaire inférieur et du lingual.

Suites bonnes. Cet homme sort le 10 décembre 1896, ne souffrant plus.

A la suite de cette double intervention, le malade est complètement guéri pendant 8 mois. En août 1897, crise douloureuse qui dure 18 jours. Puis accalmie spontanée de 9 mois jusqu'en mai 1898. A partir de cette date, le malade se remet à souffrir d'une façon continuelle, et autant parfois qu'avant son opération.

A partir de 1899 il fait quatre saisons annuelles à Nérès et n'en retire qu'un faible soulagement.

Actuellement, ce malade dit souffrir beaucoup.

OBSERVATION XXXVII

Florentine P. . . , 73 ans.

Névralgie faciale limitée au nerf maxillaire inférieur.

A commencé à souffrir au commencement de 1900. En février 1901, elle se fait arracher vainement deux dents.

Elle entre dans le service en juillet 1901, souffrant horriblement depuis 15 jours de crises presque continuelles.

Le 24 juillet, abrasion d'un fragment gingival. Suit un soulagement partiel.

Elle revient le 26 novembre 1901, souffrant toujours beaucoup. On lui fait alors l'arrachement du sous-orbitaire et du mentonnier.

Cette malade n'a pu être retrouvée depuis.

OBSERVATION XXXVIII

Joseph S. . . , 67 ans.

Névralgie faciale gauche.

Le 26 juillet 1906, résection par voie buccale du sous-orbitaire et du mentonnier.

Le 7 août suivant, sympathicectomie. A la suite de cette double intervention, période d'accalmie complète, sauf quelques douleurs sans crises apparues en janvier et en mai 1907.

En juillet-août, crises assez aiguës pendant une quinzaine, crises moins fortes cependant qu'avant l'opération. La mastication était possible.

Depuis, et jusqu'à ces jours (janvier 1908), accalmie complète, sauf quelques douleurs légères dans la lèvre inférieure.

Mais le malade se plaint d'une grande faiblesse de l'épaule et du bras gauche.

CONCLUSIONS

I. Le traitement de la névralgie faciale rebelle à la thérapeutique médicale appartient à la chirurgie.

II. Les opérations peuvent porter sur le trijumeau (tronc, ganglion, branches périphériques).

On peut agir en réséquant le sympathique cervical (méthode de M. Jaboulay).

III. La Gasserectomy et les interventions sur le trijumeau intracrânien ont une gravité considérable, sans présenter sur les autres méthodes d'avantages manifestes.

IV. A la suite des opérations sur les branches périphériques ou sur le sympathique, on obtient des guérisons définitives rares, plus souvent des guérisons temporaires suivies de récurrences.

Les récurrences peuvent être partielles, avec atténuation et espacement des crises rendant la vie supportable; ou bien totales, et relevant d'opérations itératives.

Les récurrences peuvent être traitées comme la névralgie elle-même.

V. Après les arrachements périphériques, le soulage-

ment apparaît rapidement, la durée moyenne de la guérison est de 16 mois.

La sympathicectomie donne des guérisons plus lentes, et demande quelques semaines ou quelques mois pour avoir son plein effet. Mais cette guérison est plus durable.

VI. Certaines névralgies ne sont pas influencées par les arrachements périphériques. D'autres ne retirent aucun bénéfice de la sympathicectomie. Mais il est impossible actuellement de différencier deux formes cliniques relevant plus spécialement d'une méthode que de l'autre.

On pourrait dans certains cas associer avantageusement les deux procédés.

VII. Si chacune des opérations isolées ne donne pas la guérison radicale, des séries d'interventions successives peuvent maintenir pendant des années les malades dans un état satisfaisant.

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 février 1908.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

